



**Licencia por maternidad personal No Docente Decreto N° 366/06 Art. 106; Personal Docente CCT- Decreto 1246/15 Art. 48 Inciso "A".-**

**PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO TRATANTE:**

Apellido y Nombre: .....  
Edad: .....  
F.U.M.: ..... F.P.P.: .....  
Fecha de último parto: ..... Eutosico: ..... Distosico: .....  
Si considera que será necesario reposo durante los 45 días previos y/o posteriores al parto, especificar causa y tiempo probable del mismo: .....  
.....  
.....

.....  
Firma del Médico tratante

**PARA SER LLENADO POR EL AGENTE:**

De acuerdo a las leyes en vigencia, puede hacer uso de la licencia pre-parto, 45 días antes de la F.P.P., si lo desea 30 días antes, pudiendo de esta forma aumentar en 15 días el periodo post-parto. Especifica desde la fecha que iniciara la licencia: 45 días antes \_\_\_\_ 30 días antes \_\_\_\_

Fecha de ingreso a la U.N.C. : .....

F.P.P. : ..... Fecha de inicio de la licencia: .....

.....  
Firma de la Interesada

**PARA SER LLENADO POR EL DEPARTAMENTO DE SALUD:**

Apellido y Nombre del Agente: .....  
Fecha: ..... Dependencia: ..... F.P.P.: .....  
Fecha en que debe iniciar la licencia pre-parto: .....  
Fecha en que debe finalizarla licencia post-parto: .....  
interrupción de la licencia pre o post-parto: .....  
Días totales de licencia por Art. 106 del Decreto 366/06; y del Art. 48 inciso "A" decreto 1246/15: .....

.....  
Firma del Jefe de Dpto. De Salud U.C.O.